

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

474

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 18 Juillet 1905, à 1 heure

PAR

Julien LE GLAY

DE

**L'Occlusion Intestinale Consécutive
à la Position de Trendelenburg**

Président : M. GUYON, professeur

Juges { *MM. DE LAPERSONNE, professeur*
SCHWARTZ, agrégé
MARION, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	ROGER.
Maladies des enfants.....		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.....		LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.....	}	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.....		JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GAUCHER.
Clinique d'accouchements.....		RAYMOND
Clinique gynécologique.....		LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile.....		TILLAUX.
		TERRIER.
		BERGER.
		DE LAPERSONNE
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat)
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Membre de l'Institut

Hommage respectueux

DE

L'Occlusion Intestinale Consécutive

A LA POSITION DE TRENDELENBURG

INTRODUCTION

A la Clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker où M. le Professeur Guyon a bien voulu nous permettre de travailler pendant plusieurs mois, nous avons eu l'occasion de suivre et de voir opérer une malade dont l'histoire chirurgicale nous a semblé mériter quelque intérêt.

Il s'agissait d'une femme sur laquelle M. le Dr Pasteau, chef de clinique, pratiqua une taille sus-pubienne pour tumeur.

Les jours qui suivirent l'opération, il se manifesta des symptômes péritonéaux assez vagues, et la malade succomba.

L'intervention n'ayant pas nécessité l'ouverture de la séreuse, il était difficile d'incriminer une réaction inflammatoire du péritoine, et, de fait, l'examen fait sur la table d'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une occlusion intestinale dont le diagnostic avait passé inaperçu.

Cette occlusion, absolument indépendante de l'acte opératoire, puisque l'opération était restée sous-péritonéale, devait cependant être expliquée facilement par l'examen de la pièce anatomique.

Il s'agissait, en effet, d'une bride ancienne s'étendant du grand épiploon au mésocôlon transverse et qui avait coudé le côlon transverse à sa partie moyenne, arrêtant ainsi complètement le passage des matières et des gaz.

Or cette bride n'avait jusque-là donné lieu à aucun symptôme et ce n'est qu'à la suite de l'opération qu'elle avait acquis, en quelque sorte, sa gravité. La malade ayant été placée, pour la taille sus-pubienne, en position déclive, l'étranglement mortel s'était fait grâce au déplacement brusque de la masse intestinale.

Avec l'approbation et l'aide de M. le Dr Pasteau qui a bien voulu nous guider dans cette étude, nous avons songé alors à faire de cette variété particulière d'occlusion le sujet de notre thèse.

Nous avons d'abord cherché dans la littérature chirurgicale les cas d'étranglement analogues à celui qui fait l'objet de l'observation que nous avons pu prendre dans le service de M. le professeur Guyon. C'est ainsi que nous avons été amenés à avoir connaissance de trois cas déjà anciens, dont deux sont de Schauta et un de Kraske de Fribourg-en-Brisgau, puis d'un autre, plus récent, de Kraske, et d'un dernier de Heidenhain, dans lesquels les phénomènes d'occlusion ont pu être nettement attribués à la position donnée au sujet pendant l'acte opératoire.

Le chapitre des occlusions intestinales est assurément l'un des plus riches de la pathologie abdo-

minale. Le tableau synoptique de Murphy sur « l'Étiologie de l'Iléus » ne comporte pas moins de quatre-vingts variétés. Aussi n'avons-nous pas la prétention d'agrandir ici le champ des investigations pathogéniques. Nous avons voulu simplement étudier une cause peu connue d'occlusion post-opératoire, en discuter le mécanisme, et, dans ce but, rapprocher les observations que nous présentons à l'appui de notre thèse, de certaines observations qui, sans être absolument similaires, peuvent néanmoins leur servir de terme de comparaison.

En effet, dans les cas de Schauta, Kraske, Heidenhain, Pasteau, aussi bien que dans ceux que nous rapportons plus loin, de Legueu et Champetier de Ribes, la cause qui produit l'occlusion est identique ; un déplacement brusque de l'intestin, que ce déplacement soit amené par la position des opérés au cours de l'intervention chirurgicale, ou par l'ablation d'une tumeur de forte dimension, ou par les modifications dans le volume de l'utérus, au cours de l'état gravidique.

Nous diviserons notre travail de la façon suivante :

Dans un premier chapitre, nous retracerons brièvement l'histoire de la position de Trendelenburg, et nous parlerons des avantages qu'elle présente au point de vue chirurgical.

Dans le deuxième chapitre, nous ferons, sans insister d'ailleurs, ressortir ses inconvénients, nous décrirons les dangers qu'elle offre, ainsi que les difficultés

opératoires qu'elle peut susciter. Mais tous les phénomènes de compression ou de stase, les accidents cardiaques et pulmonaires ne sauraient nous retenir longtemps, et nous aborderons bientôt dans le troisième chapitre, les *occlusions intestinales consécutives à la position de Trendelenburg*.

Ici nous passerons en revue les différentes formes d'occlusion qu'on relève à la suite de cette position ; cette étude de physiologie pathologique nous conduira à décrire les occlusions :

A. Par torsion de l'intestin ;

B. Par coudure sous l'influence de brides anciennes.

Les observations de Schauta et ses expériences sur le cadavre, les observations de Kraske et de Pasteau serviront à démontrer le mécanisme des phénomènes d'étranglement dans les deux variétés dont nous parlons.

Le quatrième chapitre sera consacré au traitement des occlusions intestinales consécutives à la position de Trendelenburg. Nous considérerons d'abord le traitement préventif :

1° Dans les cas d'opération intra-abdominale ;

2° Dans les cas où le ventre n'a pas été ouvert.

Après quoi, nous nous occuperons du traitement curatif à employer lorsque l'occlusion est confirmée.

Le cinquième chapitre renfermera les observations dans l'ordre du plan que nous venons de tracer.

Nous terminerons enfin par les conclusions que comportent les faits dont nous allons aborder l'étude,

et un index bibliographique réunira les noms des auteurs ainsi que le titre des ouvrages où nous avons puisé nos matériaux.

Mais, avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'offrir aux maîtres qui ont contribué à notre instruction médicale l'hommage de notre gratitude.

Nous sommes heureux de témoigner ici à M. le professeur Guyon toute notre reconnaissance respectueuse pour le grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse, et pour le bénéfice qu'il nous a permis de tirer de son haut enseignement scientifique et clinique.

Nous adresserons également l'hommage de notre respect et de notre gratitude à M. le professeur Fournier ; nous n'oublierons jamais les leçons si élevées de dermatologie et de syphiligraphie dont nous avons été si heureux de profiter pendant notre stage à l'hôpital Saint-Louis.

Nous ne saurions trop dire tout le bénéfice que nous avons retiré, pour l'étude de la chirurgie générale, du temps que nous avons passé dans le service de M. le professeur Le Dentu et de M. le professeur agrégé Mauclaire.

C'est auprès de M. le professeur agrégé Legueu que nous avons puisé une partie de nos connaissances de chirurgie urinaire. Nous ne perdrons jamais de vue ses démonstrations si claires et si pratiques.

La pathologie mentale est une branche que le praticien si modeste, si peu spécialisé qu'il soit, n'a

plus le droit d'ignorer. Si nous avons pu acquérir quelque expérience dans cette partie de la médecine, nous le devons aux magistrales leçons de M. le professeur Joffroy à la clinique de l'asile Sainte-Anne.

Pendant deux années nous avons étudié la médecine générale dans les services de M. le professeur agrégé Letulle et de M. le Dr Barth, médecin des hôpitaux, dont l'enseignement clinique nous a laissé un souvenir qui ne s'effacera jamais.

Remercions aussi M. le professeur agrégé Maygrier qui nous a appris, dans son service de la Charité, l'art si difficile des accouchements, et M. le Dr Guinon, médecin des hôpitaux auprès duquel nous avons étudié les maladies des enfants.

Enfin, nous croirions manquer aux devoirs les plus impérieux et les plus doux de l'amitié si nous n'adressions pas nos remerciements les plus sincères au docteur O. Pasteau, ancien chef de clinique de M. le professeur Guyon, qui fut pour nous un guide éclairé, soit pendant les trois mois que nous avons passés à la consultation externe de gynécologie, soit pendant les trois autres mois que nous avons employés à suivre le service dans les salles de la clinique des voies urinaires.

CHAPITRE I

Historique de la position de Trendelenburg. Ses avantages.

La position déclive, ou position élevée du bassin — *Beckenhoch lagerung* des Allemands — qui est aussi communément appelée position de Trendelenburg, justifie l'adage latin : *Malta renascentur...*

Jayle, qui a consacré à son histoire une étude très érudite et très documentée (1), nous montre, avec figures à l'appui, l'histoire de la position déclive.

Dans la nuit du moyen âge, Albucasis, Roland, Brunus, Roger de Salerne l'employèrent pour l'opération de la hernie. Le père de la chirurgie française, Ambroise Paré (2), au chapitre de la « Curation des Hargnes » recommande, pour « réduire l'intestin tombé en la bourse », de placer le malade « sur un lit ou sur une table, la teste en bas, les fesses en haut ». Scultet (3) eut également recours, pour opé-

1. F. Jayle. « La position déclive ». *Presse médicale*, 25 juin 1902.

2. Ambroise Paré. *Les Œuvres*. Lyon, édition 1685. Livre VIII, ch. X, p. 188.

3. *Arcenal de Chirurgie* de Jean Scultet, médecin et chirurgien. Lyon, MDCLXXC, p. 195.

rer les hernies, à la position déclive qu'il appelait, comme Pierre Franco, « à la renverse ».

Trendelenburg, en 1881, la tira de l'oubli où elle était tombée en l'utilisant pour les opérations vésicales. Cependant, bien que chez nous l'on ait donné à la position déclive le nom du professeur de Leipzig, ce n'était pas lui qui en fut le rénovateur. Même dans son propre pays, il avait été devancé pour les opérations intra-abdominales par Freund, en 1878, par Kochs en 1879 (1).

Les avantages que l'on commençait à trouver à la position élevée du bassin étaient nombreux et, il faut bien le dire aussi, justifiés par les résultats.

Ces avantages furent tout d'abord prônés pour les opérations sur la vessie.

« Les intestins, suivant la loi de la pesanteur, tombent vers le diaphragme, la vessie s'entr'ouvre et non seulement permet l'examen visuel complet de sa cavité, mais facilite encore l'introduction des instruments nécessaires aux diverses explorations. Le triangle de Lieutaud, siège de prédilection des tumeurs vésicales, devient tout particulièrement accessible à la vue et aux instruments. La lumière tombe directement sur la partie inféro-postérieure de la vessie et éclaire ainsi parfaitement l'orifice interne de l'urètre et l'embouchure des uretères » (2).

1. *Deutsche med. Wochens.*, 1900.

2. Willy Meyer. *Arch. für klinisch chirur.*, 1885, Bd XXXI, p. 495.

Mais bientôt les opérateurs voulurent profiter des avantages du renversement pour les opérations intra-abdominales dans lesquelles l'intestin tend toujours à faire issue par la brèche opératoire de la paroi. Ce fut surtout dans les interventions sur les organes du bassin qu'on l'utilisa.

Trendelenburg, en 1887, Mendès de Léon en 1888 (1) se décidaient à faire usage de la position déclive au cours des laparotomies pour lésions de l'utérus et des annexes, trouvant avec juste raison que cette position dégage les organes du petit bassin en faisant refouler la masse intestinale vers le diaphragme.

Puis ce fut, en dehors même des actes opératoires qu'on l'adopta, cherchant à profiter de la libération du bassin par les anses intestinales. On y eut recours pour l'exploration gynécologique.

Jayle (2) procède ainsi : la malade à examiner est placée, retenue uniquement par les épaules, sur une table dont l'inclinaison peut varier depuis l'horizontale jusqu'à 55°. Dans la position du spéculum ou de la taille combinée à la position déclive la palpation des organes pelviens et l'examen du vagin, du col de l'utérus, de la vessie, du rectum, se trouve ainsi facilité.

Enfin, dans ces dernières années, l'exploration de la vessie et de la prostate par le double palper suivant la technique de M. le professeur Guyon a été

1. Mendès de Léon. *Centr. f. gyn.*, 1888, n° 21.

2. Jayle. *Presse médicale*, 25 juin 1902.

rendue plus facile encore par le renversement du malade (1). Le toucher rectal dans cette position paraît donc être de plus en plus adopté, pour une exploration complète, surtout chez les obèses et les hommes à ventre proéminent et ceux dont la paroi épaisse permet mal à la main hypogastrique d'arriver au contact de la vessie à travers la paroi abdominale.

Enfin Proust (2) a appliqué la position inversée à la prostatectomie. Le périnée se trouve ainsi bien éclairé et le champ opératoire est agrandi aux dépens de la région rétro-anale.

Nous citerons encore, avant de terminer, les avantages qu'on peut retirer de cette position déclive pour certaines explorations vésicales. Kelly a pu chercher ainsi à dilater par l'air la vessie sous l'influence de l'aspiration qui se fait au moment du renversement, si un tube urétroscopique a été placé dans l'urètre. Cette idée a été reprise à nouveau, plus récemment par Luys et Cathelin pour l'application de leur tube cystoscopique.

1. Cf. Pasteau. « Comment faut-il examiner la prostate ? » *Rev. prat. des conn. méd.*, 1905, p. 199.

2. R. Proust. « La prostatectomie et la position périnéale inversée » (*Presse médicale*), n° 87, 30 octobre 1901, p. 244.

CHAPITRE II

Inconvénients et dangers de la position de Trendelenburg.

Pendant longtemps, les chirurgiens n'eurent en vue que les avantages qu'ils tiraient, au point de vue opératoire, de cette façon de placer les malades « à la renverse ».

C'est à peine si Chiron (1), qui en a fait l'objet de sa thèse, esquisse une contre-indication éventuelle.

« On pourrait, dit-il, redouter au cours de la chloroformisation sur plan incliné des accidents, surtout s'il s'agit de personnes atteintes d'affections cardiaques. Mais heureusement, il n'en est rien, ou du moins jusqu'ici on n'a eu aucun malheur à enregistrer. »

Cependant, dès 1892, Schauta (2) tout en reconnaissant les avantages de la position déclive, faisait déjà des réserves et signalait même des accidents qu'il lui imputait.

1. J. Chiron. *De la position élevée du bassin en chirurgie abdominale*. Thèse de Paris, 1894.

2. Schauta. *Wiener Med. Wochensch.*, 1892.

Pour plus de clarté, nous classerons les accidents imputables à la position de Trendelenburg en quatre catégories :

- 1^o Difficultés ou accidents opératoires ;
- 2^o Complications cardiaques ou pulmonaires ;
- 3^o Accidents post-opératoires légers ou facilement évitables ;
- 4^o Occlusion intestinale.

1^o Les difficultés ou accidents opératoires comprennent :

a). *Les lésions de la vessie* qui se présente plus facilement en position déclive qu'en position horizontale au bistouri de l'opérateur (1). Cet accident aura moins de chance de se produire si la vessie est bien vidée avant que le malade n'ait été placé en position déclive. Cela se comprend, en effet, car si le malade est sondé dans cette position, il peut arriver que la sonde ne ramène rien, et alors on s' imagine à tort que la vessie est vide, tandis qu'elle contient encore du liquide.

b). *Ecoulement du pus dans la cavité péritonéale.* Kœnig de Berlin (2) sans contre-indiquer la position élevée du bassin dans les cas de pérityphlite et d'appendicite, recommande, dans ces cas, d'être toujours prêt à ramener le malade dans la position horizontale, ou ce qui est encore mieux, dans la

1. Schauta, *loc. cit.*

2. Kœnig. XXXIII^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie, 1903.

position déclive du bassin. On aura du reste toujours soin de protéger la cavité péritonéale au moyen de compresses stérilisées.

20 Les complications du côté du cœur et des poumons comprennent :

a). Les *phénomènes de congestion cardiaque ou pulmonaire*.

Kraske (1) de Fribourg-en Brisgau a observé deux cas où, à la suite d'une taille hypogastrique faite en position de Trendelenburg, sans même que l'on ait administré le chloroforme, il se produisit une aggravation des troubles myocardiques préexistants, bientôt suivis de mort.

Comme le fait remarquer Jayle (2), il se passe là un phénomène comparable à ce que l'on appelle, dans la séméiologie des maladies du cœur, le signe d'Azoulay. On sait en quoi il consiste. Pour arriver à déceler plus facilement une lésion valvulaire dont les symptômes ne sont pas suffisamment nets, on commande au malade de lever les bras, et, au besoin les jambes ; l'afflux du sang occasionné par ce changement de position renforce le bruit pathologique qu'on cherche à entendre.

1. Kraske. XXXIII^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie, 1903.

2. Jayle. « La mort et les accidents provoqués par la position déclive en chirurgie abdominale ». *Presse médicale*, 19 septembre 1903.

Kraske (1) admet que la position déclive, provoquant vers le cœur droit un afflux rapide du sang de la veine-cave inférieure, produit une dilatation aiguë du myocarde dégénéré.

Comme on le voit, la position de Trendelenburg devrait être contre-indiquée chez tous les malades qui se trouvent dans cet état que Potain a appelé la myopragie cardiaque.

Von Eiselsberg (2) attribue également à cette position la mort d'un obèse frappé d'apoplexie quatre jours après une opération.

b) *Pneumonies septiques*. — Elles sont dues à ce que les matières vomies séjournent dans le pharynx d'où elles descendent dans la trachée et les bronches lorsque la partie supérieure du corps est relevée.

3° Dans les accidents post-opératoires légers ou facilement évitables, nous ferons rentrer :

a) *L'emphysème du tissu cellulaire de la paroi abdominale*. D'après Madleuer (3), Græfe (4) et Caspersohn (5), qui l'ont observé, il serait dû à ce que, dans la position élevée du bassin, une plus grande quantité d'air pénètre dans la cavité abdominale d'où

1. Kraske. XXXIII^e congrès de la Société allemande de chirurgie, Berlin, 1903.

2. V. Eiselsberg, *ibid.*

3. Madleuer. *Münchener medicin wochenschr.*, 1894, n° 24.

4. Græfe. *Ebenda*, n° 42.

5. Caspersohn. *Centralbl. für Chirurgie*, 1895, n° 3.

il ressort à travers les sutures péritonéales pour aller infiltrer le tissu cellulaire sous-cutané.

b) La *paralysie du nerf péronier* (sciatique poplitée externe) provoquée par la pression de la gouttière et observée par Madleuer (1) et Witthauer (2).

4^o Enfin, un danger plus grave et qui paraîtrait sans doute plus fréquent, croyons-nous, si tous les cas en étaient étudiés systématiquement au moment même où ils se présentent, est l'*occlusion intestinale* qui peut être observée quand les malades ont été placés en position de Trendelenburg.

Nous allons, dans le chapitre suivant, discuter le mécanisme de ces occlusions, en nous basant sur les observations qui s'y rapportent, ainsi que sur celles qui s'en rapprochent par la similitude du processus de l'étranglement.

1. Madleuer. *Centralbl. für Gynækologie*, 1901, n° 21.

2. Witthauer. *Ebenda*, n° 18.

CHAPITRE III

Des accidents d'occlusion intestinale consécutifs à la position de Trendelenburg.

Les deux premiers cas d'étranglement occasionnés par la position élevée du bassin ont été publiés par Schauta de Prague, en 1892. Ils remontaient tous les deux à l'année 1890 et s'étaient produits à la suite d'amputations supravaginales du col, l'une pour myome utérin, l'autre pour adéno-carcinome. Les deux occlusions s'étaient faites par torsion de l'intestin grêle. Puis vient le cas de Kraske en 1892, à la suite d'une taille pour calcul.

Après cela, il faut aller jusqu'en 1903 pour trouver un second cas de Kraske signalé par lui, dans la même année, au Congrès de la Société allemande de Chirurgie, à la suite également d'une taille vésicale pour calcul.

Moins heureux qu'avec le malade précédent qui avait guéri, le chirurgien de Fribourg vit mourir son opéré. L'autopsie lui permettait de rapporter l'occlusion à sa véritable cause, la torsion du côlon transverse.

Au Congrès de Berlin de 1903, Heidenhain signa-

lait également, mais sans en donner la date, un cas de volvulus de l'intestin grêle survenu à la suite d'une hystérectomie pour carcinome.

Enfin nous trouvons le cas de Pasteau où l'occlusion intestinale survenant après une taille sus-pubienne, était manifestement occasionnée par une bride ancienne. Ainsi qu'on peut s'en rendre compte à la lecture de ces observations qui sont rapportées intégralement dans le chapitre V, les accidents qu'elles relatent rentrent dans la catégorie des *occlusions par obstacle indépendant du foyer opératoire*.

Pour arriver à élucider la nature exacte de ces obstacles, il n'est peut-être pas inutile de dire quelques mots des *causes d'étranglement créées par l'intervention elle-même*.

Labadie-Lagrave et Legueu, dans leur *Traité de gynécologie*, les définissent ainsi :

« Toutes les opérations pratiquées sur l'abdomen, ou presque toutes celles au moins qui, après ouverture de la séreuse, nécessitent des manipulations de l'intestin, et préparent pour l'avenir des adhérences, sont susceptibles de donner lieu à une occlusion intestinale post-opératoire.

Celle-ci se serait produite, d'après les auteurs que nous citons :

Vingt-sept fois à la suite d'ovariotomies ;

Neuf fois à la suite de salpingectomies ;

Quatre fois à la suite d'hystérectomie abdominale pour fibromes.

La statistique en question portait sur cinquante sept cas.

Le tamponnement à la Mickulicz a, de même, été accusé de provoquer l'étranglement, soit d'une façon directe, soit en favorisant la formation des adhérences.

Sänger (1) incriminait la gaze stérilisée, et affirmait qu'on pouvait éviter la création de ces adhérences, en faisant usage exclusivement de l'asepsie humide.

Nombreux sont d'ailleurs les travaux qui, surtout dans ces dernières années ont été consacrés aux occlusions intestinales post-opératoires.

Nous citerons notamment les communications de Legueu à la Société d'anatomie en 1894 (2) et au congrès de gynécologie de Bordeaux. En 1895 (3), celle d'Adenot au même congrès (4), les thèses de Collas (5), Giresse (6), Lenclos (7), Tuja (8), Dauri-

1. VI^e Congrès de la Société allemande de gynécologie, 1895.

2. *Bulletin de la Société d'anatomie*. T. VIII, 1894, p. 474.

3. Legueu. *Des occlusions intestinales post-opératoires*. Congrès de gynécologie d'obstétrique et de pédiatrie. Bordeaux, 1895.

4. Adenot. *Occlusion intestinale post-opératoire (ibid)*.

5. Collas. *De l'occlusion intestinale après les laparotomies*. Th. Paris, 1890.

6. Giresse. *Des occlusions intestinales post-opératoires consécutives à l'hystérectomie vaginale*. Th. Paris, 1896.

7. Lenclos. *Des occlusions intestinales post-opératoires*. Th. Nancy, 1899.

8. Tuja. *Des occlusions intestinales après la laparotomie*. Th. Lyon, 1894.

gnac (1), Naoumoff (2), les articles de William Easterly Asthon dans le *Medical News* en 1892 (3), de Quénu dans les *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie* en 1894 (4), de Legueu dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1895 (5), d'Adenot, dans la *Revue de chirurgie* en 1896 (6), les communications de Weiss (7) et Gross (8) à la Société de médecine de Nancy.

Nous citerons enfin, les thèses de Vergez (10) et de Gauchery (9) sur l'occlusion intestinale en rapport avec la grossesse.

En somme, avec les différents auteurs nous expliquerons la formation des occlusions intestinales post-opératoires, par les processus suivants :

1^o Occlusion paralytique ou pseudo-occlusion par atonie septique de l'intestin ;

1. Daurignac. *Des occlusions intestinales consécutives aux opérations de la laparotomie*. Th. Toulouse, 1895.

2. Naoumoff. *Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires*. Th. Montpellier, 1896.

3. W. E. Ashton. *The Medical News*, 30 juillet 1892.

4. Quénu. *De l'occlusion intestinale à la suite des laparotomies*. *Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, 1894, p. 423.

5. Legueu. *Des occlusions intestinales post-opératoires*. *Gazette des hôpitaux*, 1895, n^o 136.

6. *Revue de chirurgie*, 1896, p. 15.

7. Weiss. *Revue médicale de l'Est*, 1899. T. XXXI, n^o 8.

8. Gross. *Ibid*, n^o 9.

9. Vergez. *Contribution à l'étude des occlusions intestinales en rapport avec la grossesse et le travail*. Th. Paris, 1901.

10. Gauchery. *Etudes sur les occlusions intestinales pendant la puerpéralité*. Th. Paris, 1903.

2° Adhérences aux surfaces cruentées des pédicules, des tumeurs ou de l'épiploon.

3° Pansements (Mickulicz, gaze stérilisée, etc).

Nous ferons observer que toutes ces pathogénies peuvent évidemment être considérées comme valables si l'abdomen a été ouvert au cours de l'intervention. Il nous paraît plus difficile, sinon impossible, d'expliquer comment l'occlusion intestinale se produit lorsque l'opération elle-même ou les pansements ne peuvent être mis en cause, par exemple lorsque la cavité péritonéale n'a pas été ouverte. C'est le cas qu'on a observé trois fois après la taille sus-pubienne (Observations III, IV et VI).

Nous pensons que la seule explication rationnelle est la suivante :

Normalement, un segment de l'intestin jouit d'une certaine mobilité physiologique. Il se meut librement au bout de la *laisse* formée par son méso, suivant un axe déterminé et dans un sens qui est normalement celui de la pesanteur, ainsi que dans des conditions déterminées de rapports anatomiques.

Mais que cette mobilité arrive à s'exercer dans une direction nouvelle, que l'axe de l'intestin décrive une rotation, que dans les nouveaux rapports anatomiques dus au changement de position de l'intestin, il se trouve une bride, les phénomènes d'étranglement pourront apparaître, et cela en dehors de toute ouverture de l'abdomen, en dehors même de toute intervention.

C'est, il nous semble, une pathogénie semblable

qu'il faut admettre pour expliquer les cas d'occlusion après la position de Trendelenburg. Nous verrons d'ailleurs, par la suite, à discuter cette question à propos de chacune des observations connues.

Pour plus de clarté nous diviserons ces occlusions consécutives à la position élevée du bassin en deux classes :

A. — Occlusions par torsion ;

B. — Occlusions par coudure sous l'influence de brides anciennes.

A

Occlusions intestinales par torsion.

Dans cette classe, rentrent les deux cas de Schauta (Obs. I et II).

Dans l'observation I, il s'agit d'une amputation supra-vaginale du col avec pédicule extra-péritonéal. La malade avait été laissée pendant 65 minutes dans la position de Trendelenburg. Les phénomènes d'occlusion se manifestèrent le troisième jour après l'intervention et la malade mourut le dixième jour. A l'autopsie on trouva un volvulus par torsion de 180° de l'iléon et de son mésentère.

L'observation II se rapporte à une femme ayant subi la même opération que la première, dans la position déclive. Les accidents éclatèrent le sixième jour, et malgré une laparotomie faite d'urgence au neuvième jour, la mort survint treize jours après la

première intervention. L'autopsie montra une couture par rotation du mésentère de 270° autour de son axe, avec une bride épiploïque tirant sur ce mésentère.

Dans cette catégorie d'occlusions nous devons également faire rentrer l'observation IV (Kraske) relative à un homme de 58 ans, chez qui les phénomènes d'occlusion se sont manifestés le lendemain même d'une taille pour calcul vésical faite en position de Trendelenburg. Malgré une laparotomie d'urgence faite le quatrième jour, le malade ne tarda pas à succomber et l'autopsie montrait le côlon transverse tellement tordu autour de son axe qu'il était complètement imperméable. « Ce qui s'était passé dans le cas présent, dit Kraske (1), ressort très clairement des données de la laparotomie. Pendant que le malade, durant la taille, se trouvait dans la position déclive, l'épiploon extrêmement gras et lourd avait glissé vers le diaphragme et, passant au-devant du côlon transverse, était allé se loger au-dessous de la face inférieure du foie, provoquant une torsion du côlon transverse ».

Peut-être pourrait-on rapprocher du mécanisme que l'autopsie démontré dans ces trois observations, le cas de Kraske avec guérison spontanée d'une occlusion survenue après la taille en position déclive chez un homme de 63 ans (Obs. III). Mais

1. Kraske. XXXIII^e congrès de la Société allemande de chirurgie. Berlin, 1903.

cela n'est pas absolument sûr. Toujours est-il qu'il reste trois cas indubitables d'occlusion intestinale par torsion à la suite d'opérations en position élevée du bassin.

Il était important de chercher à comprendre comment cette torsion que nous avons constatée pouvait s'expliquer par la position de Trendelenburg.

Schauta, pour se rendre compte du mécanisme dans ces cas, pratiqua ainsi sur le cadavre des expériences à *l'Institut pathologique de Prague* (1).

Sur un cadavre de femme placé dans la position horizontale, la paroi abdominale est ouverte dans toute sa longueur, par une incision médiane.

Toutes les anses intestinales à droite de la ligne médiane sont colorées au bleu de méthylène.

Puis le cadavre est mis en position élevée du bassin et l'expérimentateur observe le mécanisme.

Il voit, alors, que les anses situées à droite et en bas vont à gauche et en haut, si bien que celles qui sont le plus profondément situées dans le bas sont celles qui se rendent le plus loin vers le haut.

Dans la position *très élevée* du bassin, les anses situées primitivement à droite et en bas, qui se rendent, comme on l'a vu en gauche et en haut, quand elles reviennent, à la fin, en bas, sur le chemin du bassin au diaphragme, décrivent une courbe dont la convexité est tournée à gauche. Schauta place alors

1. *Wiener med. Wochenschr.*, 1892.

le sujet, de nouveau, peu à peu dans la position horizontale, et finalement avec les épaules plus élevées et le bassin un peu plus abaissé, il voit les anses intestinales revenir à leur première place en suivant le chemin inverse et il constate que ce changement de position des anses intestinales ne s'effectue que si l'abdomen est maintenu ouvert et la paroi attirée de chaque côté. Fermant l'abdomen pendant que l'intestin était dans la situation qu'il occupait sous le diaphragme, en position déclive, et remettant, après cela, le bassin en bas, il trouve, en ouvrant à nouveau la paroi, que les anses intestinales sont situées, comme précédemment, en haut et généralement à gauche du foie. Cette expérience, répétée à plusieurs reprises lui a toujours donné les mêmes résultats. Si dans toutes ces recherches, Schauta n'est pas arrivé à obtenir une véritable rotation de l'intestin sur son mésentère, ces résultats n'en sont pas moins intéressants.

En effet, on peut comprendre que si un obstacle quelconque vient empêcher l'intestin de redescendre peu à peu à sa place normale, si un *mouvement brusque* ramène *en masse* à la partie inférieure de l'abdomen tout le paquet intestinal relevé sous le diaphragme, la position de l'intestin peut n'être pas exactement celle qu'il aurait dû retrouver. Peu à peu, par suite du péristaltisme tout pourra se remettre à sa position normale, et ce sera, sans doute, le cas le plus fréquent, mais si les anses se trouvent par trop serrées, elles ne pourront pas se détordre

aussi facilement ; et la gêne apportée à la marche du contenu intestinal, venant à déterminer un changement de volume dans certaines parties de l'intestin, contribuera encore à rendre plus difficile la remise en place des anses et les phénomènes douloureux pourront augmenter et se développer d'autant plus.

B

Occlusions intestinales par coudures sous l'influence de brides anciennes.

Le cas de Pasteau (Observation VI) doit prendre place dans ces formes d'occlusion où l'intestin, dans le déplacement occasionné par la position de Trendelenburg, vient s'étrangler sur une bride ancienne.

L'étranglement, survenu à la suite d'une taille suspubienne, siégeait ici sur la partie moyenne du côlon transverse.

Il convient d'interpréter de la façon suivante le mécanisme de cette occlusion.

Le côlon transverse constitue un tube étendu plus ou moins transversalement dans la cavité abdominale et sur le bord duquel est appendu le grand épiploon. Il décrit normalement une courbe plus ou moins accentuée à concavité supérieure et d'autant plus grande que l'épiploon est plus long et plus lourd ou que le mésocôlon transverse est, lui-même, plus allongé à sa partie moyenne. Dans ce cas, si le côlon

transverse se trouve bien soutenu, soit par la masse intestinale, soit par une tumeur développée dans le petit bassin, ou par un utérus gravide, la circulation des matières s'y fait très facilement, alors-même qu'une bride ancienne existerait, s'étendant du grand épiploon au méso-côlon transverse, et formerait comme un anneau à l'intérieur duquel pourrait pénétrer le côlon. De même, la circulation se fait facilement au niveau des angles du côlon et particulièrement au niveau de l'angle colique gauche.

Si, brusquement, le soutien d'un grand épiploon vient à disparaître, surtout dans les cas où il est gros et enflammé, alors, *brusquement aussi*, le grand épiploon exerce une traction anormale sur le côlon transverse qui décrit une courbe à concavité supérieure plus marquée et qui peut même devenir un angle aigu ouvert en haut.

L'angle colique gauche peut s'accentuer au point qu'il se fasse là une véritable plicature, si, par hasard, il se trouve à ce niveau une bride ancienne sur laquelle peut se couder l'intestin. C'est ce qu'on trouve dans le cas de Legueu après l'ablation d'une grosse tumeur de l'ovaire (Obs. VII). Là, le manque de soutien du côlon transverse lui permettait de descendre sous l'influence de son propre poids et de se plier sur une bride ancienne qui allait de la rate au mésocôlon transverse en passant à la face antérieure de l'angle colique resté d'ailleurs libre derrière la bride.

Une observation de Champetier de Ribes pré-

sente d'ailleurs des analogies avec cette dernière observation. Ici les brides faisaient adhérer le fond de l'utérus à l'intestin, et ce fut au moment de l'accouchement que la coudure de l'intestin se produisit, celui-ci n'étant plus soutenu par la tumeur utérine mais attiré au contraire en bas par la régression de l'organe.

Ce qui arrive brusquement après une ablation de tumeur ou bien par l'évacuation d'un utérus gravide, peut se produire également après la position de Trendelenburg.

L'épiploon, rejeté vers le diaphragme au moment du renversement, peut reprendre trop brusquement sa place dans le petit bassin, et tirer sur le côlon transverse.

Sans doute, normalement, par suite des contractions de l'intestin, les organes reprennent leur position normale et la perméabilité de l'intestin se trouve rétablie.

Mais si, pour une cause quelconque, l'épiploon se trouve ramassé dans le petit bassin, et pour ainsi dire fixé à cette place, on comprend que, la cause d'occlusion persistant, les accidents continuent.

C'est ce que l'on trouve signalé dans l'observation de Pasteau où, à l'autopsie, on trouva tout l'épiploon enfoncé en masse au fond du Douglas et tirant sur le côlon transverse.

Une bride ancienne siégeait sur la partie moyenne du côlon transverse allant du méso-côlon à l'épiploon; cette bride, dans la position normale du côlon,

laissait libre la cavité de l'intestin, mais par suite du prolapsus épiploïque, avait coudé le côlon transverse à sa partie moyenne et l'occlusion avait ainsi été constituée.

En résumé, nous dirons qu'après la position de Trendelenburg, on peut observer des occlusions intestinales, qu'elles soient dues à une torsion ou à des changements de position de l'intestin par rapport à une bride ancienne, et à ce point de vue, l'observation de Pasteau, ainsi que les deux observations de Kraske sont d'autant plus importantes que dans ces trois cas, l'abdomen n'avait pas été ouvert. On se rend donc très bien compte qu'il ne pouvait s'agir ici d'occlusion intestinale par adhérences inflammatoires. L'autopsie, d'ailleurs, a donné des résultats assez nets pour qu'on ne puisse pas douter, à notre point de vue, de la pathogénie.

CHAPITRE IV

Traitement des accidents d'occlusion consécutifs à la position de Trendelenburg.

Avant d'aborder la thérapeutique clinique de ces occlusions, il est indispensable d'en bien fixer le diagnostic. La question peut être envisagée à un double point de vue :

- 1^o Diagnostic de l'étranglement lui-même ;
- 2^o Diagnostic de son siège.

1^o *Diagnostic de l'étranglement.* — Faire le diagnostic de l'étranglement revient à établir le diagnostic différentiel de l'occlusion intestinale et de la péritonite avec ou sans perforation.

La difficulté (1) est grande pour le clinicien ; bien des signes sont communs aux deux affections. C'est là pour ainsi dire un axiome classique.

« Il est vrai — dit Tillaux (2) — que la péritonite s'accompagne d'une augmentation de la température, tandis qu'il existe plutôt de l'hypothermie dans l'étranglement interne, mais il peut coexister de la

1. Guinard in Le Dentu. *Traité de chirurgie*. T. VII.

2. Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*. II. 78.

péritonite avec ce dernier accident, et le fait est que l'embarras est grand pour établir le diagnostic.

Des recherches de laboratoire sur l'hémodiagnostic, la *leucocytose* et l'*indicanurie* ont essayé d'enrichir cette symptomatologie. Les résultats en sont plus intéressants que réellement pratiques. Nous les résumons ici, d'après Tavel (1), en ne nous occupant d'ailleurs que des signes qui ont fourni le plus d'indications ; la *leucocytose* et l'*indicanurie*.

Malgré les travaux de Bloodgood, Cabot, Cushing, Tuffier et Milian, sur la *leucocytose* dans l'appendicite, l'étranglement herniaire et la péritonite, cette méthode ne comporte jusqu'ici aucune certitude. Nous en dirons autant de l'*indicanurie* qui existerait dans la péritonite et se manifesterait moins sûrement dans l'occlusion.

Il reste donc les signes classiques et, parmi ceux-ci, un des meilleurs est, sans contredit, le signe de Kocher. On sait en quoi il consiste : le relèvement brusque de la main ou du doigt qui pèse légèrement sur l'abdomen, provoque de la douleur dans la péritonite, et n'en provoque pas dans l'occlusion mécanique.

Mais il convient de ne pas insister sur des symptômes aussi vagues et, avant même l'apparition parfois tardive des vomissements fécaloïdes, il importe de poser le diagnostic de l'étranglement sur

1. Tavel. Diagnostic du siège de l'occlusion dans l'iléus. *Revue de Chirurgie*, 1903.

un signe capital (1). Ce signe, c'est l'*arrêt stercoral complet*, c'est-à-dire l'*absence de toute expulsion de selles et de gaz par l'anus*.

Cependant, il faut remarquer que ce n'est pas toujours en clinique aussi net qu'on pourrait l'espérer. Dans l'observation de Pasteau, par exemple, le lavement donné le premier soir, ramène des matières fécales en assez forte abondance ; c'est l'évacuation du bout inférieur qui s'effectue. Il faut noter d'ailleurs *qu'il n'y a pas eu de gaz*, et que les accidents deviennent graves dès qu'on a administré à la malade une purgation qui ne fait que distendre le bout supérieur de l'intestin obturé.

2° *Diagnostic du siège de l'occlusion*. — On pourra s'aider du *signe de Von Wahl* sur le météorisme local. L'anse étranglée se distend et soulève la paroi.

Mais nous ne saurions trop le répéter, ce n'est pas là un signe de certitude, quand on aura constaté, par l'absence d'émission de matières de gaz, l'existence d'une occlusion intestinale, il faudra, sans retard, instituer, le traitement ; ici comme dans toute occlusion et si un doute sérieux s'élève, sans qu'on soit certain du diagnostic, la laparotomie précoce permet, à la fois, d'éclaircir le doute et de lever l'obstacle.

TRAITEMENT

De la pathogénie examinée précédemment, il ressort que la position de Trendelenburg est capable,

1. Lejars. *Chirurgie d'urgence*.

par elle-même, d'amener une occlusion intestinale qui se déclare surtout si la réduction de l'intestin se fait en masse et brusquement.

D'autre part, il découle des expériences de Schauta qu'il n'y a pas de réduction de l'intestin lorsque la paroi abdominale est fermée.

Partant de ces données, il nous semble facile d'indiquer les précautions que le chirurgien doit prendre pour éviter l'occlusion post-opératoire.

I. — *Traitement préventif.*

A. — Quand on a fait une opération intra-abdominale en position déclive, il faudra : 1° *remettre le malade en position horizontale*, ou mieux, en position légèrement élevée du tronc *avant de refermer le ventre* ; 2° *ne refermer la paroi abdominale qu'après avoir fait la toilette de l'abdomen* et vérifié soigneusement si tous les organes, intestin et épiploon ont repris leur place normale.

B. — Si l'on n'a pas ouvert le ventre, il faut avoir bien soin de *remettre le malade en position horizontale, petit à petit et sans secousses*, de façon à ce que l'intestin reprenne peu à peu sa place et ne puisse être précipité brusquement dans le bassin en gardant des coudures anormales qu'il aurait pu décrire au moment du renversement.

II. — *Traitement de l'occlusion confirmée.*

Nous n'aurions rien à dire de nouveau ici sur le traitement proprement dit de l'occlusion, une fois la certitude du diagnostic établi. Toutefois, comme on connaît la manière dont se produit la coudure, on pourrait, mais au début seulement, se croire en droit de recourir à quelques petits moyens susceptibles d'amener la cessation des accidents par remise en position normale de l'intestin. Nous citerons donc, sans insister d'ailleurs :

1° Le lavement électrique ;

2° L'entéroclyse en position de Trendelenburg.

Ce dernier moyen aurait sans doute pu être essayé avec avantage dans le cas de Pasteau, mais nous avons vu qu'il n'avait pas donné de résultat dans une observation de Kraske.

Mais il faut savoir ne pas s'attarder à de petits moyens qui n'ont guère de valeur, et la vraie conduite chirurgicale est de penser franchement à l'occlusion et à toutes ses conséquences. On devra donc toujours en chercher les signes ordinaires énoncés plus haut, et surtout le signe cardinal : l'absence complète d'émission de matières fécales et surtout de gaz par l'anus.

Ce qui peut, en effet, contribuer parfois à obscurcir un diagnostic déjà suffisamment difficile, c'est que le malade aura pu rendre, avec un lavement,

des matières du segment inférieur de l'intestin (cas de Pasteau).

Bref, il nous semble qu'il n'est pas excessif de dire qu'à la suite des opérations faites dans la position de Trendelenburg, le chirurgien doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'une occlusion intestinale produite par un des mécanismes que nous avons étudiés : *a)* Torsion ; *b)* Coudure sous l'influence de brides anciennes.

Par conséquent, dès qu'il aura posé son diagnostic, il n'hésitera pas à intervenir pour aller lever l'obstacle, en ouvrant le ventre à nouveau, s'il a fait une opération intra-abdominale, ou en faisant une laparotomie si, dans la première opération, le péritoine n'a pas été ouvert.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Schauta) (1).

Volvulus par torsion de 180° de l'iléon et de son mésentère, à la suite d'une amputation supra-vaginale du col faite en position élevée du bassin. — Mort.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, qui, dix-neuf ans auparavant avait eu une grossesse normale.

Trois ans avant son entrée dans la clinique, les règles deviennent irrégulières, abondantes ; la femme perd un peu de sang dans l'intervalle. La menstruation augmente en même temps qu'une tumeur apparaît. Malgré le traitement médical, la malade va de plus en plus mal ; elle devient extrêmement anémiée.

A l'examen on trouve dans l'abdomen un utérus myomateux remontant jusqu'à l'ombilic.

Le 13 octobre 1890, amputation supravaginale du col avec pédicule extra-péritonéal. La malade a été maintenue dans la position élevée du bassin pendant 65 minutes.

1. *Wiener med. Wochensch.*, 1892.

Le même jour, et les jours suivants grande douleur abdominale sans élévation de la température.

Le troisième jour, le ventre est fortement météorisé ; les vomissements sont fréquents.

Les jours suivants, émission de gaz et diarrhée. La malade se sent mieux. Cependant il y a encore du météorisme.

Dans la nuit du sixième au septième jour après l'opération, il survient à nouveau des vomissements violents, le météorisme devient plus accentué, la douleur est particulièrement aiguë, bien qu'il y ait encore eu une selle après un lavement.

Le septième jour, pouls à 140.

Le dixième jour, mort.

Dans les deux derniers jours il est clair qu'il devait exister quelque part un empêchement sérieux à la circulation intestinale, bien que tout le temps il y ait eu des selles.

Quand le diagnostic fut certain, les symptômes de péritonite étaient trop accusés pour qu'il fût possible de recourir à une nouvelle ouverture du ventre.

Autopsie. — On trouve dans la cavité abdominale un litre de liquide séro-purulent. Le diaphragme est remonté très haut. L'estomac, la moitié supérieure de l'intestin grêle, très dilatés, remplissent la plus grande partie de la cavité abdominale. tandis que l'iléon et le gros intestin paraissent contractés.

On rencontre un volvulus de l'intestin grêle fait de manière que l'iléon et son mésentère ont fait une rotation de 180° de droite à gauche. A la limite de la partie dilatée et de la partie contractée, on trouve sur l'intestin une grosse perforation de deux centimètres carrés par où s'écoulait le contenu de l'intestin. Il y avait en outre de nombreuses plaques de sphacèle dans la partie dilatée.

OBSERVATION II

(Schauta) (1).

*Coudure par rotation du mésentère de 270° autour de son axe.
— Bride épiploïque tirant sur le mésentère. — Accidents consécutifs à une amputation supra-vaginale faite en position élevée du bassin. — Mort.*

Il s'agit d'une femme de 47 ans qui a eu quatre accouchements antérieurs, le dernier dix ans auparavant.

Depuis quelques mois, la malade sentait au-dessous de la symphise une tumeur dure. Depuis la même époque elle éprouvait de violentes douleurs épigastriques avec du ténesme vésical et des mictions douloureuses.

A l'examen, on trouve une tumeur grosse comme la tête, implantée sur la paroi postérieure du col et développée dans le Douglas. Cette tumeur soulevait l'utérus et les deux lames du ligament large droit.

La malade est opérée le 27 novembre 1890. Après isolement de la tumeur et libération des adhérences, séparation de l'ovaire droit et amputation supra-vaginale, on trouve qu'il s'agit d'un adéno-carcinome de l'ovaire droit.

Du 28 au 30 novembre, plusieurs fois par jour il y a des selles et des gaz rendus par l'anus.

Le 2 décembre, pour la première fois (six jours après

1. *Loc. cit.*

l'opération) douleur dans la partie inférieure du ventre, pouls fréquent, à 120. Température normale.

Du 1^{er} au 4 décembre, pas de selles.

Le 4, un lavement et de l'huile de ricin sont administrés sans résultat. Nouveau lavement dans la nuit du 4 au 5.

Le 5, au matin, météorisme très accentué, vomissements, douleurs vives, pouls 128, température 36°8.

En présence des symptômes très nets d'occlusion, on prati-
que la laparotomie le 5 décembre à 10 heures du matin.

Les anses intestinales sont météorisées et très injectées. On déroule l'intestin. Au voisinage de l'union de l'iléon et du cœcum on trouve une place sur laquelle l'intestin dilaté est limité par un coudure brusque.

Cette coudure est déterminée par une rotation du mésentère de presque tout l'intestin autour de son axe, de 270° vers la droite. On trouve, de plus, sur le mésentère, et tirant sur lui, une bride épiploïque.

La coudure fut levée par rotation du mésentère et l'on chercha à vider l'intestin dilaté. On fait bien passer le contenu dans le bout inférieur, mais il n'y eut pas d'expulsion par l'anus.

On dut comprimer l'intestin pour le remettre en place et faire la suture de la paroi,

Un nouveau lavement fut donné sur la table d'opération, sans succès.

Après l'opération, pouls et respiration fréquents. Le soir, à 8 heures, premiers gaz rendus par l'anus avec quantité de matière liquide.

Le lendemain matin, plusieurs petites émissions de gaz. Vers midi, élévation de température, congestion du poumon gauche.

Mort le 7 décembre à midi.

Autopsie. — (Nous passerons sous silence les lésions pulmonaires).

L'intestin tout entier est dilaté et pigmenté. Rien de spécial dans la cavité abdominale.

Mort par pneumonie.

OBSERVATION III (Kraske) (1)

Occlusion intestinale consécutive à une taille pour calcul vésical faite en position élevée du bassin. — Guérison.

Peu de temps après que Trendelenburg eut mis en pratique sa méthode, je fis la taille pour calcul de la vessie chez un homme de 63 ans, très vigoureux et d'une bonne santé en dehors de son affection vésicale.

L'opération (décembre 1892) eut lieu dans les meilleures conditions et fut terminée en 25 minutes, malgré une suture vésicale pénible pratiquée à une grande profondeur.

Le malade était placé dans la position décline. Après l'opération, n'ayant éprouvé que des troubles légers dus au chloroforme, le malade se trouva d'abord bien ; cependant, le jour suivant, il se plaignit d'une sensation de plénitude dans le ventre, avec absence de gaz. L'abdomen était météorisé ; mais il n'existait pas de sensibilité à la pression. Pas de fièvre ; le pouls est bon et fort, sans être accéléré.

1. XXXIII^e congrès de la Société allemande de chirurgie. Berlin, 1903.

Le jour suivant, pas d'émission de gaz ; le météorisme persiste, il survient du hoquet

Le troisième jour, les phénomènes s'étaient encore accentués. Le météorisme est énorme, les gargouillements sont très prononcés, mais il n'y a toujours pas d'émission de gaz.

Il ne pouvait s'agir chez ce malade que d'une occlusion d'origine mécanique, et, étant donnée la grande flatulencè du côlon, l'occlusion devait se trouver située assez bas, à peu près au niveau de l'S iliaque.

Les lavements, les changements de position, etc., n'eurent aucun résultat, et le quatrième jour nous envisagions sérieusement la question d'une laparotomie, quand, tout à coup, eut lieu une élimination spontanée et abondante de gaz. Le malade se sentit extrêmement soulagé, le même jour il put aller à la garde-robe, et la guérison s'ensuivit sans autres accidents.

La façon dont s'était faite l'occlusion dans ce premier cas, ne peut pas, naturellement être déterminée avec certitude, étant donné que la guérison s'est effectuée spontanément. L'obstacle ayant ici siégé plus bas, vers l'S iliaque, il semble qu'il se soit agi d'une torsion de cette partie de l'intestin autour de son axe. Il est certain que dans ce cas, également, le déplacement a eu lieu pendant que le malade se trouvait dans la position déclive, et, pour moi, il n'y a pas de doute que, dans ce cas aussi, la richesse en graisse du mésentère et peut-être des appendices épiploïques particulièrement gras et lourds, aient provoqué, ou, dans tous les cas, facilité l'accident.

OBSERVATION IV (Kraske) (1).

Occlusion intestinale par torsion du côlon transverse consécutive à une taille pour calcul vésical, faite en position de Trendelenburg. — Mort.

Le 9 janvier 1903, je pratiquai la taille pour calcul, en position déclive, chez un homme âgé de 68 ans, très vigoureux et pourvu d'un panicule adipeux épais.

L'opération ayant duré, en tout, vingt minutes, fut faite dans de bonnes conditions, et le malade resta en position déclive pendant toute la suture vésicale.

Après une nuit relativement tranquille, il y eut le lendemain des vomissements répétés, glaireux et colorés par la bile. Le soir ventre légèrement météorisé, pas d'émission de gaz.

Le deuxième jour, le météorisme s'accroît. Pas de douleurs dans le ventre, ni spontanées ni provoquées. L'absence des gaz inquiète le malade. Les vomissements persistent, le soir un peu de sang apparaît dans les vomissements.

Le jour suivant (12 janvier) météorisme encore plus accentué, et sang en quantité assez abondante dans les matières vomies. Température 36°1, régulièrement répartie, mais pouls fréquent (120) et un peu irrégulier. Le soir, le malade rend du sang presque pur. Pas de gaz. Un lavage de l'estomac fait avec prudence ramène des caillots de sang abondants, après quoi le malade se sent soulagé et passe une nuit relativement calme.

1. *Loc. cit.*

Le 13 janvier, il y a, de nouveau, des vomissements de sang abondants, pas d'émission de gaz, ventre météorisé mais non douloureux. Pas de fièvre, pouls mauvais malgré des injections sous-cutanées répétées de sérum artificiel. Dans l'après-midi, une intervention fut décidée.

Après anesthésie, une incision fut faite sur la ligne blanche, dans le but d'explorer l'estomac et de l'ouvrir au besoin, et de rechercher en même temps, sur le trajet de l'intestin, un obstacle qui ne pouvait siéger sur les parties inférieures de l'intestin, étant donnée la grande quantité d'eau employée en lavement.

Immédiatement après l'ouverture de l'abdomen, les phénomènes graves trouvèrent leur explication. L'épiploon tout entier, absolument surchargé de graisse, se trouvait tassé, en une seule masse sous le foie. Cette masse était fortement serrée entre la face inférieure du foie d'une part, et le côlon transverse et son méso-côlon d'autre part. Le côlon transverse était tellement tordu autour de son axe, qu'il était complètement imperméable. Le côlon ascendant était très distendu, tandis que la partie gauche du côlon transverse et tout le côlon descendant étaient vides. Non sans peine, j'ai pu dégager la masse épiploïque d'au-dessous du foie, et je l'ai étalée après avoir détruit quelques adhérences lâches. Ceci fait, le contenu du côlon ascendant, essentiellement composé de gaz, se déplaçait immédiatement dans le côlon transverse, redressé et redevenu perméable, et pendant l'application des sutures et du pansement, il y eut une véritable décharge de gaz par l'anus.

L'espoir de voir le malade se rétablir après ce soulagement ne se réalisa pas malheureusement. Le malade mourut peu de temps après, par épuisement progressif.

A l'autopsie, on trouva dans la muqueuse stomacale de la petite courbure, et principalement au voisinage du pylore, de nombreux points hémorragiques depuis la dimension d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 10 pfennigs, au milieu desquels la muqueuse stomacale était, pour la plupart, ulcérée.

Ce qui, dans le cas présent, s'était passé, apparaît très clairement des données de la laparotomie. Pendant que le malade, durant l'opération de la taille, se trouvait dans la position déclive, l'épiploon extrêmement gras et lourd, avait glissé vers le diaphragme, et, en passant au-devant du côlon transverse, était allé se loger au-dessous de la face inférieure du foie, provoquant une torsion du côlon transverse. L'épiploon tassé en une masse, se fixait dans l'espace sous-hépatique, entre le côlon transverse tordu autour de son axe et attiré en haut. Et le foie, tombant de nouveau vers le bassin, après le redressement du malade, maintenait la torsion du côlon transverse et compromettait la perméabilité de l'intestin.

OBSERVATION V

(Heidenhain) (1).

Volvulus consécutif à une hystérectomie faite en position élevée du bassin. — Mort.

« Je ne veux citer que brièvement un cas de volvulus de l'intestin grêle survenu après l'ablation totale de l'utérus pour carcinome. La malade se trouvait pendant l'opération dans la position déclive. Quand j'eus diagnostiqué l'occlusion, j'ouvris l'abdomen le troisième jour. La malade est morte de péritonite.

1. *Loc. cit.*

OBSERVATION VI

(O. Pasteau).

Occlusion intestinale consécutive à une taille sus-pubienne pour tumeur vésicale en position de Trendelenburg. — Coudure du côlon transverse sur une bride ancienne allant du mésocôlon et du côlon transverse l'épiploon. — Mort.

J... Marie, lingère, âgée de 45 ans, vient me consulter pour des hématuries irrégulières, d'ailleurs peu abondantes, qu'elle a constatées depuis quelque temps déjà. Les urines sont claires, la miction normale. La vessie n'est pas sensible, les reins paraissent normaux.

A l'examen cystoscopique je découvre, au voisinage de l'orifice urétéral droit, un petit papillome pédiculé du volume d'une grosse noisette. Je conclus à l'ablation par taille sus-pubienne.

La malade entre à l'hôpital Necker, salle Laugier, dans le service de M. le professeur Guyon, le 20 octobre 1904. Suivie pendant quelques jours, elle ne présente aucun accident d'aucun genre ; les digestions sont régulières, les selles normales.

L'opération a lieu le 30 octobre 1904, sous l'anesthésie chloroformique. La malade est placée, comme à l'habitude, dans la position de Trendelenburg, à 45° environ.

La vessie est ouverte, j'excise la tumeur, et après avoir suturé la plaie intra-vésicale, je referme la vessie et la paroi



Fig. 1 — Le gros intestin
et l'épiploon étant en place,
la ligne pointillée indique
la situation et la direction
de la bride postérieure.



Fig. 2 — L'épiploon a été relevé en haut avec le colon transverse, pour montrer la bride postérieure qui étrangle l'intestin.

abdominale en laissant un drain dans l'espace prévésical. Sonde à demeure de Pezzer. L'opération a été très simple; pansement compris, elle a duré en tout 35 minutes.

Quand la paroi abdominale fut refermée, la malade fut replacée en position horizontale, assez brusquement d'ailleurs, par suite d'une échappée de la crémaillère de la table d'opération.

Le 31 octobre au matin, la malade allait aussi bien que possible, la sonde vésicale fonctionnait bien; il n'y avait cependant pas eu de gaz par l'anus.

Le soir, la température s'élève à 37 °6, le ventre est partout souple et non douloureux, la plaie non douloureuse.

Le lendemain matin, 1^{er} novembre, le pouls est un peu plus fréquent, la malade n'a pas rendu de gaz, on donne un lavement qui amène des matières en assez grande abondance.

Malgré cela, il y a des nausées, le ventre ne paraît pas augmenté de volume.

Le 2 novembre, la malade est purgée comme à l'ordinaire; la purgation est vomie en partie; elle ne donne aucun résultat; le ventre est peu augmenté de volume. La plaie est normale, non douloureuse, la sonde fonctionne bien. La température s'élève à 38°, le pouls est fréquent. Les accidents continuent le lendemain, et, dans la nuit, la malade meurt sans qu'on ait pu porter un diagnostic ferme. La plaie était aussi belle que possible, non douloureuse, les bords étaient nets, il n'y avait aucun écoulement purulent, mais faute de mieux, on s'était arrêté à l'idée d'infection.

A l'autopsie, on trouva facilement la cause de la mort et l'explication des symptômes observés.

La paroi abdominale fut d'abord ouverte, en partie seulement, et au-dessus de la plaie opératoire, soulevée doucement

on ne put constater la moindre réaction inflammatoire du côté de l'abdomen ; pas trace d'adhérences glutineuses ou autres, pas de liquide intra-péritonéal, anses intestinales de couleur normale.

Le péritoine fut alors largement incisé jusqu'à la vessie : dans la plaie, pas de trace d'infection ; la vessie était vide, les sutures bien en place.

Le côlon transverse dans sa moitié droite était très fortement augmenté de volume, il se dirigeait presque verticalement en bas sur la ligne médiane, et en écartant la moitié gauche de la paroi abdominale incisée, on voyait la moitié gauche du côlon transverse remonter verticalement, vide, aplatie, revenue complètement sur elle-même. Très nettement, il existait une occlusion siégeant sur le côlon transverse coudé en V, ouvert en haut et siégeant dans le petit bassin ; le côlon descendant, et le rectum étaient vides, le côlon ascendant, le cœcum et l'intestin grêle très fortement augmentés de volume.

En allant examiner le sommet du V colique, je trouvai le grand épiploon allongé en pointe, comme enfoncé au fond du petit bassin et tenu là par la masse de l'intestin grêle tassé autour de lui. Aucune trace d'adhérences ou de péritonite aussi légère soit-elle n'existait dans le petit bassin, pas plus qu'autre part. Je tirai peu à peu l'épiploon et je pus ainsi relever le côlon transverse ; à ce moment, je constatai que le contenu intestinal pouvait, le côlon relevé, passer du bout supérieur dilaté, dans le bout inférieur de l'intestin. L'étranglement n'existait plus.

Renversant alors en haut l'épiploon pour examiner sa face postérieure, je vis une bride ancienne, résistante, qui allait du bord adhérent du méso-côlon transverse et du côlon lui-même

à l'épiploon un peu au-dessous du bord colique. C'est en tirant en bas sur l'épiploon, c'est-à-dire sur la bride, qu'on arrivait à obturer complètement le côlon transverse, alors que le côlon relevé et l'épiploon libre, le côlon se trouvait passer librement en avant d'une bride épaisse et libre sur presque tout son trajet.

Dès lors, il était facile de s'expliquer les accidents : en remettant en place la malade d'abord en position de Trendelenburg, tout l'épiploon s'était trouvé rejeté brusquement dans le petit bassin et, attirant avec lui le côlon, avait obturé sa lumière en tirant sur la bride qui traversait sa face postérieure. La malade n'avait d'abord pas rendu de gaz. Puis, sous l'influence du lavement, elle avait vidé son bout inférieur : les accidents graves étaient survenus le lendemain, après la purgation qui n'avait servi qu'à déterminer l'augmentation de volume du bout supérieur et à amener plus rapidement encore l'issue fatale.

OBSERVATION VII

(Legueu) (1).

Occlusion intestinale à la suite d'une ovariectomie, produite par une bride étranglant le côlon.

Le 7 juin 1894 j'opérai à la clinique de Necker une femme de 66 ans pour un gros kyste de l'ovaire uniloculaire.

L'opération s'était effectuée sans incidents, il n'y avait pas

1. Legueu. *Des occlusions intestinales post-opératoires*. Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. Bordeaux, 1895.

d'adhérences, et en moins d'un quart d'heure tout était fini. Les manœuvres intra-abdominales avaient été réduites au minimum et tout faisait espérer une prompte guérison. Il n'y eut pas de vomissements ni le premier, ni le second jour ; le lendemain un purgatif avait été donné suivant la pratique qui m'est habituelle, et avait produit son effet.

Le 9 juin, les vomissements parurent : c'étaient des vomissements bilieux ; ils continuèrent le lendemain, en même temps que se supprimait l'émission des gaz ou des matières par l'anus. Deux lavements restèrent sans résultat.

Je ne vis la malade que le 13 juin, je fus frappé par un facies particulièrement inquiétant : lèvres cyanosées, nez pincé, pouls petit, dépressible. La température de 37°5 s'était abaissée à 36°2 ; le ventre était ballonné, mais à la pression on ne réveillait aucune sensibilité.

Il n'y avait en aucune région de tuméfaction, ni d'empâtement. La ligne de section était en très bon état.

En présence de ces accidents et étant donné que depuis deux jours il n'y avait eu ni gaz, ni matières, je portai le diagnostic d'occlusion intestinale post-opératoire à marche rapide ; et sans perdre de temps je fis porter la malade sur la table d'opération.

Une fois l'abdomen ouvert, en passant à travers la plaie de la laparotomie, je portai vivement la main au niveau du pédicule, craignant qu'une anse d'intestin n'ait été comprise dans la constriction ou ne soit venue secondairement y adhérer. De ce côté, il n'y avait rien d'anormal ; j'allai alors au cœcum que je trouvai dilaté, et remontant alors mon exploration sur le trajet du côlon, j'arrivai jusqu'au niveau de l'angle gauche du gros intestin où je trouvai un obstacle.

En effet, le côlon transverse était distendu, le côlon descendant était affaissé ; la cause de l'obstruction résidait donc à cet endroit. Je trouvai en effet une bride péritonéale, assez résistante qui passait en avant de l'intestin et l'aplatissait en la comprimant.

Pendant que je cherchais à me rendre compte de la nature des connexions de cette bride, je vis les gaz passer du côlon transverse dans le côlon descendant ; je pensai donc avoir affaire à un obstacle mobile, et sans me rendre bien exactement compte de ce qui s'était passé, je venais de voir sous mes yeux l'occlusion cesser, et je ne songeai pas à sectionner cette bride qui de loin m'apparaissait comme vasculaire ; j'avais hâte d'ailleurs de terminer promptement une opération dont chaque minute de retard augmentait la gravité, et je suturai la paroi.

Dans la journée, la malade eut une selle abondante, preuve que l'obstacle avait été levé ; malgré cela, elle succombait, quelques heures plus tard, dans le collapsus et l'algidité.

A l'autopsie, je pus me rendre un compte exact de la bride anormale qui avait été la cause des accidents. C'était une bride vasculaire due à une péritonite ancienne, qui s'étendait de l'extrémité inférieure de la rate jusqu'au-devant du méso-côlon transverse en passant au-devant de l'angle colique, mais sans adhérer à ce dernier. Le côlon était comprimé par cette bride ; mais lorsqu'on relevait le côlon transverse, on relevait aussi la bride, et le calibre de l'angle colique revenait à ses proportions normales.

C'était une bride ancienne et anormale, et on ne pouvait penser qu'elle s'était développée à la suite de l'opération. J'émis à ce moment l'hypothèse que la suppression de la grosse tumeur ovarienne avait amené la chute du côlon transverse, et

celui-ci en descendant avait exercé sur la bride des tractions qui devaient aboutir à la compression de l'angle colique.

OBSERVATION VIII

(Champetier de Ribes).

Occlusion intestinale survenue au moment de l'accouchement et occasionnée par une bride s'étendant du fond de l'utérus à l'extrémité du côlon pelvien. — Mort.

Femme de 31 ans, V-pare. Opérée en 1897 par Championnière d'une grossesse tubaire de trois à quatre mois, gauche, volumineuse, adhérente aux parties voisines.

Sa grossesse actuelle est normale. Entrée le 10 mai 1901. Grossesse de 8 mois 1/2.

Entre en travail le 20 mai à 8 heures du matin.

Une heure après, la malade se plaint d'une douleur abdominale très violente, subite, siégeant à gauche, spontanée, paroxystique, difficile à localiser par le palper à cause des contractions utérines, elle va persister pendant toute la durée du travail, augmentant d'intensité au moment de l'expulsion du fœtus. A 5 h. 15, expulsion achevée, a duré un quart d'heure.

Extraction simple, pas de complications.

Fœtus vivant : 2870 grammes.

Placenta : 350 grammes.

Après l'accouchement, la douleur persiste, aussi atroce.

Le soir 38°, pouls 120. Mort le 25 mai.

On trouve à l'autopsie, dans le petit bassin, les traces manifestes d'une péritonite ancienne et après une dissection minutieuse des anses intestinales enveloppées de fausses-membranes très épaisses, on met à découvert une bride très solide, jaunâtre, épaisse, du volume d'une grosse plume d'oie, longue de 5 à 6 centimètres, qui s'étend du fond de l'utérus à l'extrémité supérieure du côlon pelvien. Cette bride paraît être un appendice graisseux du côlon qui s'est fixé sur l'utérus. La portion de l'intestin située au-dessous de l'obstacle est vide, flasque et rétractée.

CONCLUSIONS

La position de Trendelenburg, qui rend de si grands services pour l'exploration gynécologique et dans la chirurgie du petit bassin, présente par elle-même des inconvénients sur lesquels on a encore peu insisté jusqu'ici.

Parmi ceux-ci, il faut citer surtout *les complications de stase cardiaque ou pulmonaire* surtout chez les individus gras et dont le système vasculaire et cardiaque est peu résistant.

L'occlusion intestinale, à peine signalée encore, *peut se développer après une opération, du fait même de la position de Trendelenburg*. Nous en avons pu citer plusieurs cas survenus, par exemple, après des interventions faites sur la vessie, alors que la cavité péritonéale n'a pas été ouverte.

Le mécanisme de l'occlusion intestinale est variable. Tantôt il y a *torsion*, tantôt il y a *coudure* par la traction exercée pour des brides anciennes.

Le traitement consiste essentiellement dans la laparotomie destinée à remettre en place l'intestin ou à lever l'obstacle.

Vu : le Président de la thèse,
GUYON

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADENOT.** — Des occlusions intestinales post-opératoires. *Revue de chirurgie*, 1896, p. 15.
- Congrès de Gynécologie de Bordeaux, 1895.
- ASHTON** (William-Easterly). — *The medical News*, 30 july 1892.
- BANTEIGNIE.** — De l'occlusion intestinale dans la péritonite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1902.
- BAUBY.** — L'occlusion intestinale. Paris, 1898.
- CASPERSOHN.** — *Centralb. für Chirurgie*, 1895, no 3.
- CHANDELUX et GAYET.** — Obstruction intestinale par coudure coïncidant avec un étranglement herniaire. *Archives provinciales de Chirurgie*. Décembre 1898, p. 736.
- CHAMPETIER DE RIBES et Constant DANIEL.** — Occlusion intestinale survenue pendant le travail de l'accouchement — Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, 9 décembre 1901.
- CHIRON.** — De la position élevée du bassin en chirurgie abdominale. Thèse de Paris, 1894.
- COLLAS.** — De l'occlusion intestinale après les laparotomies. Thèse de Paris, 1890.
- COMMANDEUR (F.).** — *Archives provinciales de chirurgie*, 1894, p. 782.
- DAURIGNAC.** — Des occlusions intestinales consécutives aux opérations de laparotomie. Thèse de Toulouse, 1894.

- MAURICE DENIS. — De la position de l'opéré dans les interventions sur la tête et sur le tronc. Thèse de Paris, 1905.
- DUCATTE. — Les ptoses du gros intestin et leurs complications chirurgicales.
- GAUCHERY. — Etude sur les occlusions intestinales pendant la puerpéralité. Thèse de Paris, 1902.
- GIRAudeau. — De la torsion intra-abdominale du grand épiploon. Thèse de Paris, 1903.
- GIRESE. — Des occlusions intestinales post-opératoires consécutives à l'hystérectomie vaginale. Thèse de Paris, 1896.
- GRAEFE. — Ehenda, n° 42.
- GROSS. — Revue médicale de l'Est, 8 mars 1899.
- GUINARD. — *In* Le Dentu. Traité de chirurgie, t. VII.
- HEIDENHAIN. — XXXII^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, Berlin, 1903.
- JAYLE. — La position déclive. Presse médicale, 25 juin 1902.
- La mort et les accidents provoqués par la position déclive en chirurgie abdominale. Presse médicale, 16 septembre 1903.
- JONNESCO. — *In* Poirier. Traité d'anatomie humaine. T. IV, 1^{er} fasc.
- KOCHS. — Deutsche med. Wochensch., 1890.
- KRASKE. — Bericht ueber die Verandlungen der Deutschen Gesellschaft für chirurgie, 1903.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie.
- LAPEYRE. — XVI^e Congrès français de chirurgie. Paris, 1903.
- LAROYENNE. — Gazette hebdomadaire, 1895.
- LEJARS. — Chirurgie d'urgence, 2^e édition, p. 272.
- Semaine médicale, 1904, n° 24.

- Bulletin de la Société de chirurgie, 13 avril 1904.
- LEGUEU. — Congrès de gynécologie. Bordeaux, 1895.
- Des occlusions intestinales post-opératoires. Gazette des Hôpitaux, 1895, n° 136.
- Bulletin de la Société de chirurgie, avril 1902.
- LENCLOS. — Des occlusions intestinales post-opératoires. Thèse de Nancy, 1899.
- LEVREY. — Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours des appendicites. Thèse de Paris, 1899.
- MADLEUR. — Centralblatt für Gynäkologie, 1901, n° 21.
- Münchner med. Wochensch., 1894, n° 24.
- NAOUMOFF. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires. Thèse de Montpellier, 1896.
- O. PASTEAU. — Occlusion intestinale après une taille sus-pubienne faite en position de Trendelenburg. — *Bull. soc. anat.* 7 juillet 1905.
- POIRIER. — Bulletin de la Société de Chirurgie, octobre 1897.
- POZZI. — Gynécologie.
- QUÉNU. — De l'occlusion intestinale à la suite des laparotomies. *Nouv. arch. d'obst. et de gynécol.*, 1894, p. 423.
- RICHE. — Occlusion consécutive à une cure radicale de hernie. *Gazette des hôpitaux*, janvier 1895.
- SANGER. — VI^e Congrès de la Société allemande de Gynécologie, 1895.
- SCHAUTA. — Wiener med. Wochensch., 1892.
- TAVEL. — Le diagnostic du siège de l'occlusion dans l'iléus. *Revue de Chirurgie*, 1903, t. XXVIII.
- TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique, 3^e édition, t. II, p. 78.
- TUJA. — Des occlusions intestinales après la laparotomie. Thèse de Lyon, 1894.

VERGEZ. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales en rapport avec la grossesse et le travail. Thèse de Paris, 1901.

WEISS. — De l'occlusion intestinale post-opératoire. Revue médicale de l'Est, 1899, t. XXXI, n° 8.

WITTHAUER. — Ebenda, n° 18.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

